

云南省申请（幼儿园）教师资格认定人员体检表

姓名		年龄		性别		婚 否		民族		相 片	
籍 贯		常住地址				联系电话					
既往病史(本人如实填写)											
本人签字：											
眼科	裸 眼	右	矫 正	右	矫 正	右	医师意见				
	视 力	左	视 力	左	度 数	左					
	辨色力				眼 病					签名	
耳鼻喉	听 力	左耳 米			左耳 米			医师意见			
	鼻	嗅 觉			鼻及鼻窦						
	面 部				咽 喉					签名	
口腔	口腔唇腭				齿	医师意见					
	其 它									签名	
外 科	身 高	公分			体 重	公斤				医师意见	
	淋 巴				脊 柱						
	四 肢				关 节						
	皮 肤				颈 部						
其 它										签名	

内科	营养状况					医师意见
	血 压					
	心脏及血管					
	呼吸系统					
	腹部器官					
	神经及精神					
	其 它					签名
妇科检查					签名	
胸部透视					签名	
化验检查					签名	
心电图					签名	
乳房手诊					签名	
化验检查 (附化验单)	肝功	血糖	HIV	淋球菌	梅毒螺旋体	医师签名
体检结论						负责医生签字:
体检医院 意 见						体检医院公章 年 月 日